POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ze WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA PILTZA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Maj — ROCZNIK PIĄTY — 1903.

I. PRACE ORYGINALNE.

Przyrządy kontrolujące celność (doprzedmiotowanie).

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

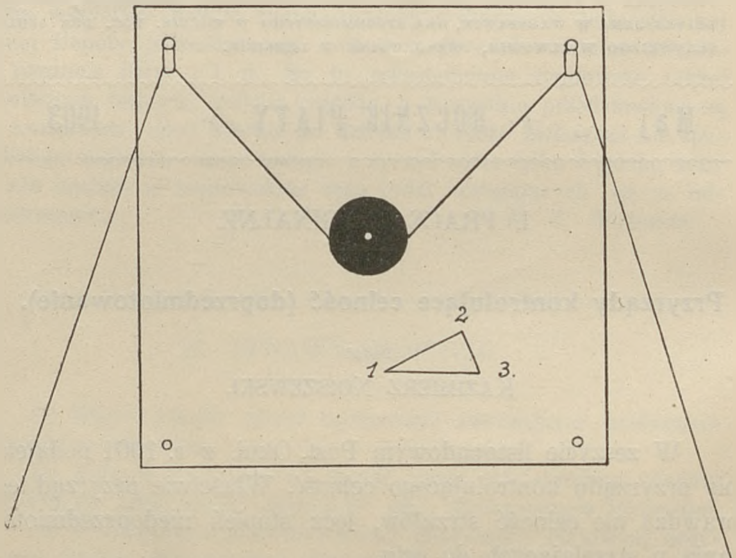
W zeszycie listopadowym Post. Okul. z r. 1901 podałem opis przyrządu kontrolującego celność. Właściwie przyrząd ten sprawdza nie celność strzałów, lecz stopień niedoprzedmiotowania u strzelających do celu.

Podany przeze mnie przyrząd był wzorowany na przyrządzie kontrolującym, używanym w artyleryi. Od tego czasu miałem sposobność poznania innych przyrządów, używanych w tym samym celu dla ręcznej broni palnej.

Zachodzi wielka różnica pomiędzy nastawieniem na cel działa, a nastawieniem strzelby trzymanej w rękach.

W tym ostatnim wypadku w doprzedmiotowaniu przyjmuje udział nie samo tylko oko, ale także ręce, głowa, całe ciało, a raczej mniejszy lub większy stopień skojarzenia ruchów rąk, głowy, całego ciała z poruszeniem linii spojrzeniowej oka.

Ze wszystkich widzianych przeze mnie przyrządów najodpowiedniejszym wydaje mi się przyrząd z celem ruchomym w postaci krążka na nieruchomej białej tarczy, posuwany przy pomocy dwóch nici przeciągniętych aż do celującego, który, patrząc przez otwór spojrzeniowy na spojrzeniowy znaczek, pociąga to lewą to prawą nić tak długo, aż ów krążek, a raczej jego środek znajdzie się na jednej linii z otworem spojrzeniowym i znaczkiem spojrzeniowym.



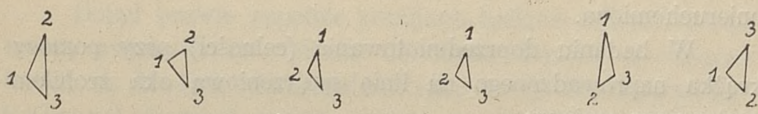
Rys. 1.

Wtedy osoba stojąca przy tarczy naciska na krążek, a wystające nieco z tyłu ostrze gwoździa, znajdującego się w samym środku krążka, pozostawia w tem miejscu znak od ukłucia. Następnie osoba przy tarczy odciąga krążek, a celujący ponownie go nastawia na jedną linię z otworem spojrzeniowym i spojrzeniowym znaczkiem.

Nastawienie krążka powtarza się trzy razy, następnie punkty ukłuć połączone liniami dają trójkąt, którego mniejsze lub większe pole jest miarą celności strzelającego.

Sposobem tym osobiście zbadałem 11 osób, z których 6 zaliczało się do celnych strzelców:

1 2 3 4 5 6



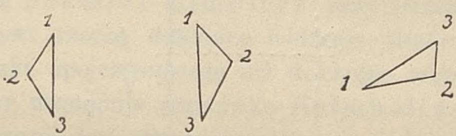
K., Ku., P., M., Kz., Soł.,

(Z odległości 10 metrów.)

Rys. 2.

Zbadałem potem 3 osoby, które nie miały jeszcze wprawy w umiejętności strzelania:

7 8 9



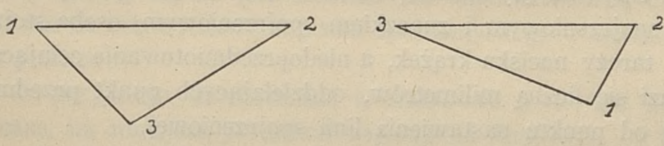
E., Ber., Cz.,

(Z odległości 3 metrów.)

Rys. 3.

W końcu zbadałem dwie osoby z okiem prawem nieużywanem:

10 11



Ed., But.

Rys. 4.

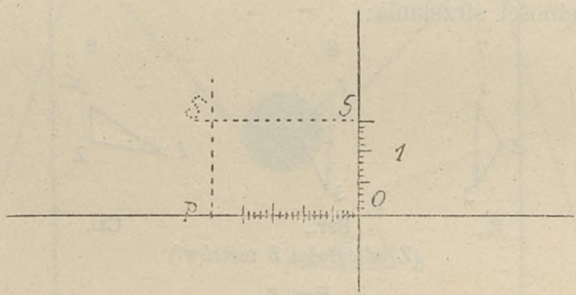
Wszystkie badane przeze mnie osoby miały ostrość widzenia nie mniejszą jak $V = 2$ mm ($^6/_{12}$ Snellen ?) [1]) dla liter,

[1]) Noiszewski: Badanie widzenia różniczkowego i całkowego. — Post. Okul. Z. 9. 1901.

tylko 10ty i 11ty prawdopodobnie mieli mniejszą ostrość widzenia, nie mając jednak ze sobą tablic, sprawdzić swego przypuszczenia nie mogłem. W czasie celowania strzelba jest unieruchomiona.

W badaniu doprzedmiotowania (celności) przy pomocy krążka naprowadzonego na linię spojrzeniową oka zrobiłem następujące zmiany:

Przedewszystkiem oznaczałem przez nakłucie rzeczywisty punkt przedmiotowy, na który unieruchomiona strzelba była nastawiona, następnie tarcz lub tablicę, po której celujący posuwa krążek, poliniowałem na kwadratowe milimetry.



P — punkt przedmiotowy na tarczy.
S — punkt spojrzeniowy celującego.

Rys. 5.

Gdy celujący nastawi środek krążka na jedną linię z otworem spojrzeniowym i znaczkiem spojrzeniowym, osoba stojąca przy tarczy naciska krążek, a niedoprzedmiotowanie celującego wyrazi się liczbą milimetrów, oddzielających punkt przedmiotowy od punktu nastawienia linii spojrzeniowej.

Sposobem tym można ściśle oznaczyć nie tylko ile, ale i w którą stronę odchyla celujący linię spojrzeniową od przedmiotu: w górę, w dół, stronowo *(laterale)* lub średniowo *(mediale)*; należy tylko poprowadzić linię poziomą przez punkt przedmiotowy i linię pionową przez punkt utkwienia linii spojrzeniowej i od tego punktu, w którym obie te linie przetną się, liczyć wielkość i jakość niedoprzedmiotowania.

Tak punkt spojrzeniowy 5 oddalony jest w kierunku stronowym o 25 mm, a w górę o 14 mm od punktu przedmiotowego.

Dotąd prawie zupełnie pomijano badanie celności, a całą uwagę zwracano na widzenie obuoczne, dopiero w ostatnich latach A. Moll[1]), Schmidt-Rimpler[2]), Noiszewski[3], Sulzer[4]) zwracać zaczęli uwagę na fizyologiczne warunki celności strzałów.

Tak A. Moll donosi, że osoby pozbawione akomodacyi po usunięciu zaćmy starczej są nieraz bardzo dobrymi strzelcami; toż samo według niego da się powiedzieć i o innych osobnikach ze znacznem upośledzeniem wzroku, a pomimo to zadziwiająco celnie strzelających.

Według Schmidt-Rimpler'a przy strzelaniu do celu ważniejszą jest rzeczą dokładne widzenie otworu spojrzeniowego i znaczka spojrzeniowego niż dokładne widzenie celu.

Sulzer występuje przeciwko Helmholtz'owi, według którego celowanie jest sprowadzaniem na jedną linię wyraźnego obrazu znaczka spojrzeniowego z niewyraźnymi obrazami otworu spojrzeniowego i celu.

Według Sulzer'a celujący widzi otwór spojrzeniowy, znaczek spojrzeniowy i cel jednocześnie, a to dlatego, że zmiana w nastawieniu oka ze znaczka spojrzeniowego na cel i na otwór zajmuje mniejszy czas od czasu trwania wrażenia na siatkówce. Znaczy to, że gdy strzelec już nastawi naośną część siatkówki na cel, wrażenie znaczka spojrzeniowego w siatkówce trwa jeszcze.

S. przyjmuje, że wrażenie w siatkówce trwa tem krótszy czas, im mniejszą przestrzeń zajmuje na siatkówce i w tem widzi przyczynę trudności trafiania w przedmioty odległe.

---

[1]) A. Moll: Cntrbltt f. pr. Aghk. 1897., str. 95.

[2]) Schmidt-Rimpler: Sehstörungen beim Schiessen. — Cntrbltt f. pr. Aghk., str. 129—131. 1897.

[3]) Noiszewski: Post. Okul. Z. 11, r. 1901.

[4]) Sulzer: Sur le mécanisme oculaire de la visée. — Rev. gén. d. sciences p. et appliq. 1902.

Zdaje się jednak, że akomodacya ma tu mniejsze znaczenie, największe zaś moc unieruchomienia zarówno strzelby jak i oka, główną bowiem przyczyną niedoprzedmiotowania jest bezład wzrokowy (*ataxia optica*). Dlatego to mają zupełną słuszność artylerzyści, oznaczając celność różnicą pomiędzy pierwszem a drugiem ustawieniem linii spojrzeniowej oka. Jest to, że tak powiem wielkość rozbiegu linii spojrzeniowej. Tysiące, a nawet dziesiątki tysięcy oznaczeń dokonanych przy pomocy przyrządu kontrolującego używanego w artyleryi dowodzą, że różnica ta, czyli wielkość niedoprzedmiotowania dla każdego osobnika, a raczej dla każdego oka, jest wielkością stałą.

Oprócz niedoprzedmiotowania pojedynczego oka, jak przy przy strzelaniu do celu, jest jeszcze drugi rodzaj niedoprzedmiotowania, mianowicie: niedoprzedmiotowanie przy patrzeniu obu oczami na punkt przedmiotowy.

Zdarza się bowiem często, że linie spojrzeniowe oka prawego i lewego nie dotykają punktu przedmiotowego jednocześnie, czyli, jak mówi się zwykle, nie przecinają się na przedmiocie; ale, gdy linia spojrzeniowa jednego oka dotyka przedmiotu, linia spojrzeniowa oka drugiego odchyla się od przedmiotu, czyli niedoprzedmiotuje.

Tak samo, jak przy celowaniu, przy patrzeniu obuocznem linia spojrzeniowa oka niedoprzedmiotującego może się odchylać od punktu przedmiotowego w górę, w dół, stronowo lub średniowo.

Lekarze w Ameryce utworzyli osobne mianownictwo dla oznaczania różnego rodzaju niedoprzedmiotowania przy patrzeniu obuocznem: doprzedmiotowanie nazywają oni ortoforyą, niedoprzedmiotowanie heteroforyą; niedoprzedmiotowanie w kierunku średniowym (*medialis*) nazywają ezoforyą, niedoprzedmiotowanie w kierunku stronowym egzoforyą; niedoprzedmiotowanie ku górze nazywają hyperforyą, niedoprzedmiotowanie ku dołowi hypoforyą.

O ile mi wiadomo, pierwszy Dr Majewski w polskiem piśmiennictwie lekarskiem wyłożył zasady tego mianownictwa

w obszernej pracy w r. z. w Post. Okul. Dotąd ignorowano je u nas, jak ignorują jeszcze i obecnie prawie wszędzie w Europie. —

Tak A. Graefe nazywa całe to amerykańskie mianownictwo zupełnie niepotrzebnem. —

Rzeczywiście, chociaż pozostanie na zawsze zasługą lekarzy amerykańskich opracowanie tak ważnego działu w oftalmologii, to jednak, co się tyczy samego mianownictwa, trudno się nie zgodzić, że jest ono zupełnie wadliwe.

Punktem wyjścia dla mianownictwa zarówno o prawidłowem ustawieniu linii spojrzeniowej, jak i o ustawieniach nieprawidłowych tej linii może być tylko termin — przedmiot — *objectum*.

Jeżeli się zgodzimy wszelkie nieprawidłowe ustawienie linii spojrzeniowej nazywać niedoprzedmiotowaniem — *inadobjectio*, to, dodając do tego miana przymiotniki: górny, dolny, stronowy (*lateralis*), średniowy (*medialis*), będziemy w stanie oznaczyć wszelkie zboczenia linii spojrzeniowej w sposób niezmiernie ścisły, a przytem prosty i łatwy.

Przedewszystkiem niedoprzedmiotowanie może być średniowe albo stronowe: średniowe, jeżeli obrazy podwójne przedmiotu są skrzyżowane; stronowe, jeżeli obrazy podwójne przedmiotu są nieskrzyżowane.

Następnie posuwaniem pręcika w kierunku działania mięśni powodujących niedoprzedmiotowanie oznaczamy, które oko niedoprzedmiotuje: prawe, czy lewe?

W końcu zaś, posuwając pręcik w górę i na dół, oznaczamy, czy niedoprzedmiotowanie jest górne, poziomowe lub dolne. Można jednak opuszczać termin: poziomowy, oznaczając niedoprzedmiotowaniem stronowem (*inadobjectio lateralis*) i niedoprzedmiotowaniem średniowem (*inadobjectio medialis*) niedoprzedmiotowanie w kierunku poziomowym; ponieważ dodanie miana *superior* lub *inferior* dostatecznie odróżnia niedoprzedmiotowanie górne stronowe lub dolne średniowe od niedoprzedmiotowania tylko stronowego lub tylko średniowego.

Przyczynek do kazuistyki przybłoniaków okołogałkowych (carcinoma peribulbare).

Podał

Dr Wiktor Reis

ze Lwowa.

»Im szerszy zakres nakreślimy naszym zestawieniom statystycznym, im ściślej każdy przypadek będzie badanym, tem prędzej możemy się spodziewać, że martwe liczby statystyki ożywią się i przemówią znacząco.

Wicherkiewicz: Narośle złośliwe rogówki. Post. Okul. R. 1899."

Dnia 23 listopada 1902 przyjęto na oddział chirurgiczny powszechnego szpitala krajowego we Lwowie Krawczyszyna Nykołę, lat 72 liczącego, pochodzącego ze wsi Pakoś (pow. Mościska) celem wyjęcia nowotworowego guza wyrastającego z prawego oczodołu.

Z wywiadów niewiele dowiedzieć się można.

Mimo podeszłego wieku, osobnik ten dotychczas nie chorował; w rodzinie ani we wsi nie wydarzył się żaden podobny przypadek.

W maju 1902 r. spostrzegł chory lekkie zaczerwienienie i obrzmienie w okolicy kącika wewnętrznego na oku prawem. Porady lekarskiej nie zasięgał i, nie troszcząc się wcale o stan oka, przypatrywał się ze spokojem, jak oko coraz bardziej ulegało zniszczeniu. Dopiero w listopadzie, gdy nowotwór dosięgnął już olbrzymich rozmiarów, przyszedł do szpitala celem konsultacyi.

Status praesens.

Z prawego oczodołu wystaje guz wielkości jaja kurzego. Guz ten jest postaci owalnej, dolna jego część podzielona na kilka płatów.

Przykrywa on powiekę górną i dolną i ściśle jest zrośnięty z częścią nosową obu powiek.

Połowa skroniowa powiek jest wolną tak, że z łatwością przedostać się można palcem poza guz do jamy oczodołowej.

Powierzchnia guza wydziela płyn ropny, zmieszany tu i ówdzie ze świeżemi wybroczynami.

Gałki ocznej odnaleźć nie można. O istnieniu jej świadczą tylko nieznaczne ruchy guza, które występują przy współczesnych ruchach oka lewego.

Oko lewe jest zupełnie prawidłowe.

Obrzęków gruczołów limfatycznych nigdzie wykazać nie można.

Stan ogólny chorego jest dobry mimo podeszłego wieku.

Diagnosis: Carcinoma bulbi dextri.

Operacyę wykonano wśród narkozy chloroformowej 26/XI. Cięcie poprowadzono wzdłuż górnego i dolnego brzegu oczodołu i wyjęto cały guz wraz z powiekami i zawartością oczodołu. Zrostów z okostną nie było.

Mimo to wyskrobano ostrą łyżeczką pozostałe resztki i założono antyseptyczny opatrunek uciskowy. Operacyi plastycznej celem pokrycia ubytku skórnego nie wykonano.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy.

Po dwóch tygodniach rana okazywała powierzchnię granulacyjną z dążeniem do zabliźnienia się.

Przy opuszczaniu szpitala zwrócono choremu uwagę na możliwość nawrotu, dotychczas jednak, t. j. po upływie 6 miesięcy, chory ów powtórnie do szpitala się nie zgłosił.

Badanie makroskopowe.

Po wyjęciu narośli, gałki ocznej nadal odnaleźć nie można. Dla wyszukania więc gałki poprowadzono cięcie równoległe do osi ciała, przechodzące przez szczyt guza i przedzielające obie powieki na dwie połowy. Na przekrojach w ten sposób uskutecznionych można było spostrzedz w odległości 2 cm od powierzchni narośli koło o 9 mm średnicy, czarno zabarwione i od reszty narośli odgraniczone zbitym wałem łączno-tkankowym. Po odpreparowaniu otaczających części przekonaliśmy się, że ów odmienny twór otoczony zewsząd tkanką nowotworową jest gałką oczną, którą przy wspomnianym przekroju osiowym narośli przecięto w równiku na dwie części.

Po stronie nosowej narośli znajdowała się tylna część gałki ocznej, po stronie skroniowej część przednia, która przedstawiała się nam jako wałek o 8 mm szerokości i 12 m długości.

Część tylna gałki aż do wejścia nerwu ocznego była 9 mm wysoką. Nerw zaś był wyjęty z jamy oczodołowej na długość 13 mm.

Przednią część gałki odpreparowano od otaczających ją mas nowotworowych i tylko dla badania wzajemnych stosunków między gałką a nowotworem pozostawiono część narośli w okolicy rąbka rogówko-twardówkowego.

Przecięcie narośli w kierunku osiowym i następowy podział gałki ocznej w płaszczyźnie równikowej każą nam wnioskować, że gałka pod naciskiem mas nowotworowych okręciła się około swej osi pionowej i takie przybrała położenie, że częścią przednią zwróciła się na zewnątrz a tylną ku wewnątrz.

Cała więc gałka przedstawia się jako skurczony, podłużny wałek, w której to postaci tylko z trudnością rozpoznać można dawną postać gałki ocznej.

Do dalszego badania mikroskopowego utrwalono gałkę i narośl według znanych metod. Część przednią gałki wraz z powiekami utrwalono w formalinie i alkoholu, tylną część wraz z nerwem ocznym włożono na trzy tygodnie do płynu Zenker'a, a cienkie skrawki samej narośli utrwalono w nasyconym rozczynie sublimatu i płynie Fleming'a dla zachowania dokładniejszej struktury nowotworu.

Badanie mikroskopowe.

Guz nowotworowy przykrywający całą rogówkę i twardówkę i sięgający aż daleko poza równik gałki ma za punkt wyjścia granicę rogówko-twardówkową. Na podstawie guza, w miejscach, gdzie przylega do rogówki, widać nowo wytworzone naczynia krwionośne, które jak łuszczka na powierzchni rogówki przebiegają. W świetle tych naczyń napotyka się na czerwone ciałka krwi.

Przybłonek rogówkowy jest na całej rozciągłości zniszczony, zastąpiony nacieczeniem drobnokomórkowem, do którego bezpośrednio przylegają masy nowotworowe.

Zmiany zaś w samej rogówce są różne, zależne od przekrojów, których dokonano w południku poziomym gałki ocznej.

I tak w jednym szeregu preparatów widzimy rogówkę o postaci wypukłej, w całym przebiegu posiadającą jednostajną szerokość, błonę Descemet'a wyraźnie utrzymaną, tworzącą tylko faliste zgięcia, odpowiadające wgłębieniom samego miąższu rogówki.

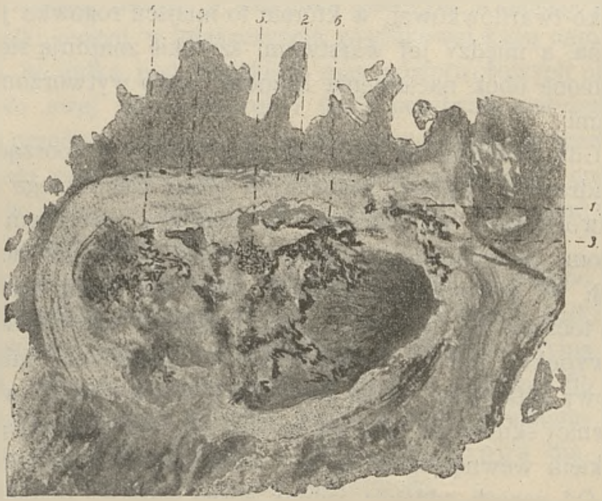
Stroma rogówki wykazuje w górnej swej części silne nacieczenie drobnokomórkowe, występujące szczególnie na granicy rogówko-twardówkowej, w którem to miejscu rogówka jest rozluźniona, a między jej warstwami szerokie znajdują się szpary wypełnione obok nacieczenia licznemi nowo wytworzonemi naczyniami.

Gdy uwzględnimy drugi szereg preparatów sporządzonych z kwadrantów rogówki położonych bliżej pierwotnego ogniska nowotworowego, zauważymy, że rogówka znacznym uległa zmianom, spowodowanym bądź to przez ucisk mas nowotworowych na powierzchnię rogówki bądź też przez sprawę zapalną toczącą się wewnątrz gałki. Rogówka straciła swoją postać wypukłą, jest w środku lejkowato zagłębioną, miąższ rogówkowy zniszczony, błona Descemet'a przerwana i w postaci wężownicy skurczona, sam zaś ubytek wypełniony tkanką łączną, barwikiem wewnątrzgałkowym i nacieczeniem drobnokomórkowem. Od narośli oddziela jednak górne warstwy rogówki także i w tem miejscu cienki pas warstwy rogówkowej z silnym naciekiem drobnokomórkowym.

Kanał Schlem'a zarośnięty po obu stronach.

Wewnętrzna budowa gałki ocznej zupełnie zniszczona. Wnętrze gałki przedstawia nieregularną jamę wypełnioną tkanką łączną świeżo wytworzoną i w niektórych miejscach już bliznowato przeistoczoną, nacieczeniem komórek okrągłych i wielką ilością bronzowego barwika. Zygzakowate masy barwikowe z trudnością tylko pozwalają rozpoznać resztki wyrostków rzęskowych, podczas, gdy resztki torebki soczewkowej są jeszcze widoczne jako wązki, pokręcony pasek o jednolitym wyglądzie, położony w miejscu odpowiadającem położeniu soczewki.

Na preparatach przedstawiających tylną część gałki ocznej nie pozostał ani ślad z siatkówki i naczyniówki. W miejscu tarczy nerwu wzrokowego znajduje się silnie rozwinięta tkanka łączna i tkanka podstawowa systemu nerwowego, również z obfitem nacieczeniem drobnokomórkowem. Tętnicę nerwu wzrokowego można jeszcze rozpoznać po silnie zgrubiałych ścianach.



Objaśnienia do ryciny I. Przekrój poziomy przez przednią część gałki ocznej. Preparat barwiony hematoksyliną. Zeiss. Obj. a*10°. Ocul. 2. (powięk. 12). — 1. Punkt wyjścia nowotworu. 2. Rogówka. 3. Naczynia. 4. Membr. Descemeti. 5. Resztki torebki soczewkowej. 6. Resztki wyrostków rzęskowych.

Twardówka — przez nowotwór nigdzie nie przebita — przerosła do znacznej grubości, jest przytem silnie pofałdowaną, o czem świadczą liczne wypuklenia jej ściany do wnętrza gałki. Liczne naczynia przebijają zewnętrzną warstwę twardówki; w około naczyń napotykamy znowu ogniska drobnokomórkowe.

Pochwa zewnętrzna nerwu ocznego w części przylegającej do gałki ocznej w liczne ułożoną jest fałdy, nerw oczny nierównomiernie skurczony, w niektórych miejscach tkanka łączna zajęła miejsce włókien nerwowych.

Część obwodowa wyciętego nerwu nie wykazuje żadnych znaczniejszych zmian.

Przy opisie makroskopowym wspomniano już, że narośl w ścisłym pozostaje związku z nosową częścią górnej i dolnej powieki. Na drobnowidowych preparatach widać błonę śluzową spojówki silnie nacieczoną, zaopatrzoną w liczne nowo wytworzone naczynia i zespoloną z guzem nowotworowym za pomocą bardzo obfitego nacieczenia drobnokomórkowego.



Rycina II. Tylna część gałki wraz z nerwem ocznym. Preparat barwiony metodą v. Giesona. Zeiss. Obj. a *10°. Ocul. 2. — 1. Twardówka. 2. Fałdy twardówki. 3. Tkanka łączna. 4. Arteria n. opt. 5. Zewnętrzna pochwa nerwu.

Powieka górna w części niezrośniętej z naroślą wykazuje obok nacieczenia liczne wgłębienia przybłonka spojówkowego. Ściany tych wgłębień pokryte są również komórkami nabłonkowemi. Są to twory opisywane przez Henlego i Stieda, jako t. zw. *tubulöse Gebilde.* Wgłębienia te nie zatrzymywały się na tym stopniu rozwoju.

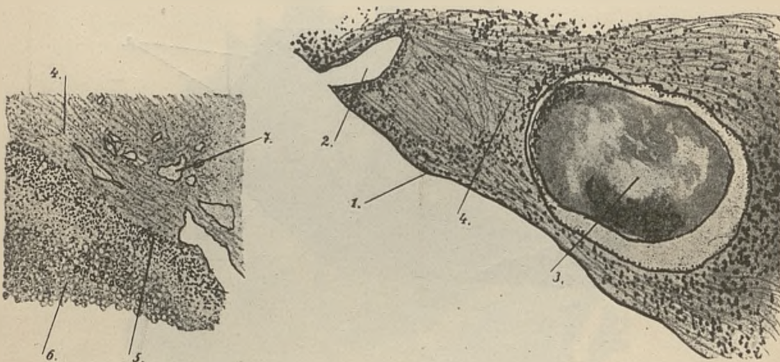
Na tych samych preparatach widać, jak niektóre z tych wgłębień po zamknięciu przewodu wyprowadzającego przybrały postać okrągłą i zamieniły się w torbiele nabłonkowe, wypełnione obumarłemi komórkami przybłonkowemi i komórkami okrągłemi (Greeff). Torbiele te dadzą się dostrzedz już gołem okiem, niektóre z nich bowiem dosięgają średnicy 0,5—1 mm.

Na granicy załamka znajdują się w powiece górnej i dol-

nej wśród tkanki adenoidalnej liczne mieszki (follikuły), odgraniczone od reszty tkanki bardziej zbitym pierścieniem komórek okrągłych.

Narośl sama wykazuje swoistą budowę: składa się z obfitej istoty międzykomórkowej, która w szerszych i węższych pasmach obejmuje właściwy miąższ nowotworowy w postaci wysepek.

Komórki nowotworowe rozmaitej są postaci.



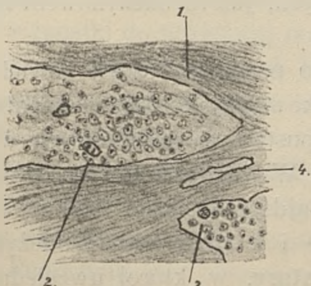
Ryc. III i IV. 1. Przybłonek spojówkowy. 2. Wgłębienia przybłonka. 3. Torbiele. 4. Tkanka adenoidalna. 5. Nacieczenie drobnokomórkowe. 6. Komórki nowotworowe. 7. Naczynia. Preparat barw. hematoks. Zeiss. Obj. B. Ocul. 2.

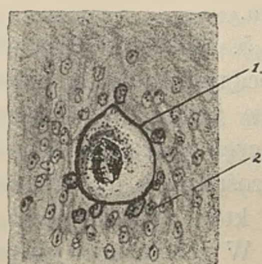
Komórki położone tuż przy brzegu samego stroma posiadają postać podłużną, o jednem jądrze i kilku jąderkach i ułożone są w szeregach. Im dalej od brzegu, tem regularność postaci się zatraca, komórki przybierają postać okrągłą lub wielokątną.

W celu badania bardziej szczegółowych zmian w samych komórkach, odcięto jeszcze wśród operacyi pojedyncze skrawki narośli i natychmiast utrwalono; wyniki tego postępowania były bardzo zadowalniające. Nowotwór ten roi się od komórek w okresie podziału, które już pod małem powiększeniem dokładnie się odróżniają od komórek pozostających w stanie spoczynku.

Z figur karyokinetycznych najliczniej zastąpionym jest Monospirem i Monaster, już rzadszym jest Diaster. Wszystkie prawie komórki znajdujące się w podziale mają postać okrągłą. Nieprawidłowych mitoz nie można było wykazać.

Równocześnie jednak z tą wielką siłą życiową elementów komórkowych i dążeniem do szybkiego rozrostu szły w parze także zmiany wsteczne. Obok stłuszczenia i degeneracyi kolloidowej, obejmujących znaczne obszary miąższu i istoty międzykomórkowej, znajdujemy także odosobnione pojedyncze komórki, na których możemy spostrzegać rozmaite postacie spraw degeneracyjnych. Niektóre z nich przedstawiają wybitny obraz *degeneratio hydropica*. Cała komórka jest silnie napęczniała, kontury jądra stały się niewyraźne, jąderka rozpadły się na drobną miazgę.





Ryc. V. Ryc. VI.

Rycina V. Figury karyokinetyczne z preparatu utrwalanego w płynie Flemminga. Preparat barwiony safraniną i pikro-nigrosiną. Zeiss. Obj. B. Ocul. 4. 1. Istota międzykomórkowa (blado-niebieska). 2. Diaster. 3. Monospirem (czerwone). 4. Naczynie.

Rycina VI. Preparat barwiony hematoks. Zeiss. Obj. E. Ocul. 2. 1. Degeneratio hydropica. 2. Normalne komórki nowotw.

Po zestawieniu krytycznem powyższego materyału dojdziemy do następujących wniosków:

1. Badana narośl jest tworem przybłonkowym, *carcinoma*, mającym swe pierwotne siedlisko na granicy rogówko-twardów-

kowej. Liczne figury karyokinetyczne, które stwierdzają szybki rozrost nowotworu, okrągła postać komórek, która sama przez się stanowi odmianę od typu komórek podłoża macierzystego i dobitnie występuje w komórkach znajdujących się w podziale, skłonność do zmian wstecznych — wszystko to wskazuje, że badaną narośl zaliczyć należy do rzędu nowotworów złośliwych (Hanseman).

2. Narośl nie jest tylko nagałkową *(epibulbare)*, ale zasługuje raczej na miano nowotworu okołogałkowego (*peribulbare*), gdyż gałkę oczną prawie w zupełności otacza.

3. Nowotwór nie przebił ani rogówki, ani twardówki i nie dostał się do wnętrza gałki ocznej.

4. Gałka oczna przedstawia nam zmiany, które spotykamy przy zwykłej *phthisis totalis,* spowodowane już to uciskiem mas nowotworowych gałkę otaczających, już to odczynowem zapaleniem.

5. Narośl przylega ściśle do nosowych części powiek za pomocą nacieczenia drobnokomórkowego jako objawu zapalnego, nigdzie jednak nie widzimy wypustek nowotworowych wkraczających w tkankę adenoidalną. W spojówce powiek, w części nie zrośniętej z nowotworem. znajdujemy liczne follikuły i torbiele, które znaleść można także i w przewlekłych nieżytach.

W załączonym spisie literatury, w której uwzględniono prawie wszystkie przypadki przybłoniaków wychodzących z granicy rogówko-twardówkowej, znajduje się zaledwie kilka zbliżonych do przypadku powyższego. Są to bowiem przeważnie narośle, które rozpoczynają się wprawdzie na granicy rogówko-twardówkowej, lecz wielkością swoją nie przekraczają rozmiarów orzecha włoskiego. Tylko w dwóch wypadkach Heyder'a [2] i jednym Lagrange'a [20] dosięga narośl wielkości jaja kurzego. Owe ogromne rozmiary narośli byłyby same przez się tylko oznaką niezrozumiałego niedołęstwa ze strony chorego, tylko w miejscowościach oddalonych od szlaku kultury mogą żyć jeszcze ludzie, którzy potrafią ze spokojem przypatrywać się, jak narośl oko coraz bardziej niszczy i nie zdobyć się na tyle popędu samozachowawczego, by we wczesnym jeszcze

okresie zasięgnąć porady lekarskiej. Rozmiary jednak, które narośl osiągnęła, nadają jej jeszcze inną właściwość. Nowotwór rozrasta się coraz szerzej na swej podstawie, obejmuje gałkę daleko poza równik, tak, że z pierwotnego przybłoniaka nagałkowego rozwija się z biegiem czasu przybłoniak okołogałkowy, gałkę oczną prawie całkowicie okrążający (Lagrange).

Takim przybłoniakiem okołogałkowym jest właśnie przypadek wyżej opisany.

Złośliwość nowotworu, szybki rozrost i osiągnięta wielkość usprawiedliwiłyby przypuszczenie, że narośl zniszczyła gałkę oczną przez wtargnięcie do jej wnętrza. Lecz we wszystkich przypadkach, w których przebicie nowotworu do wnętrza gałki rzeczywiście nastąpiło, rozrost nowotworu pozostawał ograniczony, a spustoszenia wewnątrz gałki nie dosięgały znacznych rozmiarów. I tak Remak [1] przytacza, że przybłoniak wysyłał wypustki do właściwej tkanki rogówkowej, co także miało miejsce w obu przypadkach Heyder'a [2], gdzie oprócz zajęcia warstw rogówki przez nowotwór całe wnętrze oka było zupełnie prawidłowe. Caspar[3] podaje wynik badania mikroskopowego raka spojówki gałkowej, który pokrywał całą rogówkę, przebił gałkę na granicy rogówkotwardówkowej i wtargnął w sąsiadujące ciałko rzęskowe i naczyniówkę.

Podobnym jest także przypadek Fehr'a [14]

Greeff [24] badał *carcinoma epibulbare* u chorego z *xeroderma pigmentosum*, które również wtargnęło do ciała rzęskowego i naczyniówki. Przybłonek opisany przez Lagrange'a [20] spowodował zanik uciskowy gałki ocznej, nie naruszając wcale wewnętrznych błon oka.

W całej dostępnej mi literaturze nie znalazłem jednak przypadku przybłoniaka, któryby przyprawił gałkę oczną o *phthisis totalis,* skurczył do tak nikłych rozmiarów i zmienił postać gałki ocznej, jak w przypadku opisanym,— pozostawiając równocześnie nietkniętemi osłony zewnętrzne oka. Może więc ten przypadek posłużyć za przykład, że rogówka i twardówka skuteczny potrafią stawić opór usiłowaniom nowotworu do wtargnięcia do wnętrza gałki i że przybłoniak najbardziej złośliwy

nie zawsze jest w stanie przebić gałkę oczną nawet w najmniej odpornem miejscu gałki, jakiem jest granica rogówko-twardówkowa.

Zdaje mi się, że z tych względów przypadek powyższy nie jest pozbawiony ogólniejszego znaczenia.

Na tem miejscu niech mi wolno jeszcze będzie złożyć me podziękowanie Wielmożnemu Panu Profesorowi Drowi Machekowi i p. Docentowi Drowi Bednarskiemu za łaskawie udzielone mi pozwolenie uskutecznienia mej pracy w pracowni histologicznej kliniki okulistycznej.

Literatura.

1. Remak: Zur Casuistik der epibulbären Tumoren. — Arch. f. Aug. 1886.
2. Heyder: Zwei Fälle von epibulbärem Carcinom. — Arch. f. Aug. 1887.
3. Caspar: Über maligne Geschwülste epithelialen Natur auf dem Limbus con. — Arch. f. Aug. 1892.
4. Fumagalli: Sulla struttura di alcuni epiteliomi. — Nagel's Jahresber. 1892.
5. Sgrosso: Contribuzione alla morfologia struttura dei tumori epibulbari. — Nagel's Jber. 1892.
6. Truc: Contribution à l'étude des tumeurs oculaires et perioculaires. — Nag. Jahresber. 1892.
7. Lagrange: Tumeur épithéliale épibulbaire. — Arch. d'Opht. XVII.
8. Bistis: Epithélioma du limbe scléro-cornéen. — Annal. d'Ocul. CXVII. Nag. Ber. 1897.
9. Oliver: A clinical and histological study of a case of epithelioma of the corneo-scleral junction. — Arch. of Ophth. XXVI. Nag. Ber. 1897.
10. Maklakow: Primäres Carcinom der Conjunctiva. — Nag. Ber. 1897.
11. Lapersonne: Tumeur du limbe sclérocornéen. — Arch. d'Opht. XVII.
12. Junkermann: Zur Casuistik der epibulbären Tumoren. — Nag. Ber. 1898.
13. Günsburg: Primärer Krebs der Conjunctiva bulbi. — Nag. Ber. 1898..
14. Fehr: Ein Carcinom der Conjunctiva bulbi. — Centralb. f. prakt Aghk. 1898.
15. Fehr: Corncalcarcinom. — Ophtalm. Klin. 1898.
16. Kopff: Épithélioma volumineux de la conjonctive bulbaire. — Nag. Ber. 1898.

17. Wicherkiewicz: Narośle złośliwe rogówki. — Post. Okul. 1899.
18. Bialetti: Un caso de epithelioma primitivo della regione sclero-corneale. — Arch. di Ottalm. 1899. Nag. Ber. 1900.
19. Greeff: Epibulbares Carcinom bei Xeroderma pigmentosum. 1900.
20. Lagrange: Traité des tumeurs de l'oeil. — Paris. 1901.
21. de Vries: Carcinoma oculi. — Nag. Ber. 1902.
22. Panas: Tumeurs épibulbaires du limbe scléro-cornéen. — Arch. d'Opht. XXII.
23. Capellini: Bilaterales Epitheliom des Limbus. — Cent. f. prakt. Augenh. 1902.
24. Greeff: Pathologische Anatomie des Auges. 1902.
25. Ginsberg: Pathol. Histologie des Auges. 1903.

Tak zwana »nowa choroba krakowska«, a objawy jej oczne.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Z początkiem maja b. r. rozeszła się wieść o jakiejś »nowej chorobie«, która miała być już to odmianą tyfusu brzusznego, to znowu grypy, albo też czemś zupełnie dotychczas nieznanem. Zainteresowali się tem czemś lekarze, a zaniepokoiła wielce publiczność, może nie bez winy prasy codziennej, która, chciwa wieści, a często sensacyi, już to podawała niepokojące o nowem patologicznem zjawisku wiadomości, już to napadała na rzeszę lekarzy, że ci nie wyśledzili jeszcze nieprzyjaciela, nie znaleźli broni skutecznej w szpitalach, klinikach, laboratoryach. Mawiano o wielkiem niebezpieczeństwie, z jakiem choroba połączona dla osobnika, dla otoczenia, — zagraża trwałem nieraz zboczeniem umysłowem, utratą wzroku, ba, nawet śmiercią.

Krzyczano, jak krzyczał ów żartowniś: chwytajcie złodzieja, ale nikt go nie widział, nikt nie mógł powiedzieć, czy, gdzie i co sobie przywłaszczył. Ale panika, rozgoryczenie, żal do lekarzy, którzy w oczach publiczności zawsze są winni, że choroby powstają, było wielkie, no i oczywiście unikał Krakowa, kto tylko mógł...

Wróciwszy z kongresu madryckiego do Krakowa, zastałem go nad wulkanem.

Zaciekawiony byłem niemało tą nową chorobą, która miała zazwyczaj rozpoczynać się od nabrzmienia powiek.

Niebawem widziałem jeden przypadek u młodej panny. Nabrzmienie powiek, przekrwienie mierne spojówek, wysadzenie gałek, bolesność przy ruchach, a także, lubo mniej, na dotyk. Czynności wzrokowe niezaburzone. Myśl moja skierowała się naprzód ku trychinom, ale wywiady nie dawały żadnej podstawy.

Niebawem drugi przypadek u gimnazyalisty, który sam narzekał na wysadzenie gałek. Wysadzenia tego jednakże, nie znając poprzednio osobnika, nie mogliśmy stwierdzić; spojówki zaledwo przekrwione i lekka bolesność gałek na dotyk i przy ruchach.

Trzeci przypadek u urzędnika. Objawy identyczne jak w pierwszym, tylko nabrzmienie powiek jeszcze silniejsze, gdy wysadzenie gałek słabsze.

Wywiady wykazały, że poprzedzało rozwolnienie przez kilka dni trwające u chorego, który do ostatnich dni cieszył się zawsze dobrem zdrowiem. Mięso surowe, zwłaszcza szynkę jadał często. — Nie mając żadnych pewnych danych do stawienia rozpoznania ścisłego, uwzględniłem objawy, polecając robić ciepłe suche okłady i zażywać przepisane proszki chininowe.

Po dwóch tygodniach, gdy chory nie powracał, wiedziony ciekawością, poprosiłem go do siebie i dowiedziałem się, że w pięć dni po wizycie nabrzmienie pod ciepłymi okładami ustąpiło zupełnie, — chory nie przerwał sobie zajęć zawodowych, gdyż czuł się dosyć silnym, nie gorączkował, a tylko boleści w członkach, zwłaszcza przy poruszeniach mięśni, dawały mu się we znaki. W dniu jego powtórnego badania nie mogłem już żadnych stwierdzić zmian chorobowych.

Objawy więc oczne polegały na mniej więcej silnem nabrzmieniu powiek i otoczenia, przekrwieniu i nabrzmieniu spojówek, wysadzeniu gałek, bolesności przy ruchach tychże, a także na dotyk. Podpadały przeważnie znamiona zapalenia

błaszki Tenona, gdy w innych górowało nabrzmienie przeważnie powiek. Ogólne objawy były, jak się zdaje, tak różnorodne, iż trudno je było ująć w pewien obraz ścisły i jednolity. Podniesienie temperatury niezawsze występowało, to znowu miało przebieg nietypowy. Bolesność mięśni kończyn, czasami nabrzmienia tychże. Rozwolnienie lub zaparcie stolca. Nabrzmienie śledziony, zresztą na gruncie malaryjnym krakowskim i tak często występujące, napotykaliśmy, ale żadnego doń znaczenia dla tej właśnie choroby nie przywiązywaliśmy. Co wykazało badanie krwi, śluzu, kału, jakie inne objawy wogóle wystąpiły, o tem niezawodnie dowiemy się jeszcze później z badań w tym kierunku podejmowanych. Wszystkie przypadki prędzej czy później skończyły się na szczęście wyzdrowieniem, tak, że do autopsii nie przyszło ani razu. Co więc stanowiło tę »nową chorobę«?

Ze spostrzeżeń własnych, i z tego, co się o innych przypadkach dowiedziałem, nie mogłem i nie mogę oprzeć się wrażeniu, iż w danych przypadkach rozchodzi się o jakieś zakażenie pasożytnicze, a mianowicie najprawdopodobniej o trychinozę. Przed wielu laty miałem sposobność spostrzegać około 6 przypadków, które wśród podobnych do opisanych powyżej objawów ocznych przebiegały, a skończyły się wyzdrowieniem zupełnem. Etyologia przeze mnie z objawów ocznych przypuszczona znalazła przez badanie resztek mięsa u źródła, z którego osobniki swego czasu przekąski brały, najzupełniejsze potwierdzenie.

W przypadkach »nowej krakowskiej choroby«, o ile wiem, mimo w tym kierunku podjętych usiłowań, nie udało się stwierdzić trychin, ani też wyszukać źródła używanych pokarmów mięsnych, a nawet znane mi są przypadki, w których chorzy twierdzili, że nie używają mięsa wieprzowego wcale albo spożywają gotowane tylko.

Wiadomo, jak badanie często zawodzi, mimo prawdopodobnej obecności trychin, wiadomo dalej, że gotowanie mięsa trychinowego, jeżeli nie jest dostateczne, nie niszczy pasożytów.

Trychin więc w Krakowie nie wykryto. Czy ich nie było? *That ist the question,* a dziś, gdy dawne przypadki wszystkie wyzdrowieniem się skończyły, nowych zaś nie ma, nić prze-

rwana, do kłębka tej efemerycznej choroby nie dojdziemy. Zdaniem mojem jednak nie jest ona ani nową, ani krakowską. Pojawia się od czasu do czasu, to tu, to tam, gdy lekarze o niej zapomną, a czujność policyi sanitarnej w tym kierunku przesili się. Mniejsze ilości trychin mogą wywołać słabsze zaburzenia i ujść naszej baczności zupełnie, większe wywołują często znamiona podobne do tyfusu brzusznego lubo odmienne od zwykłych objawów klinicznych, a zagadkowe wobec ujemnych wyników badania bakteryologicznego.

Można było przypuszczać w przypadkach nowej choroby intoksykacyę spożywczą *(botulismus)*, jednak objawy oczne w tych zakażeniach bywają zupełnie odmienne i dotyczą przeważnie podrażnienia siatkówki albo przeciwnie osłabienia wzroku, akomodacyi, nawet porażenia ostatniej, a także mięśni zależnych od okoruchowego wogóle. Tego wszystkiego nie było w przypadkach przeze mnie spostrzeganych, a, o ile wiem, niemniej i w innych. —

Na zakończenie powyższych uwag dodam, że objawy zupełnie podobne do »nowej choroby krakowskiej« wystąpiły u osoby, która zeszłego roku odwiedziła mnie w Krakowie, a która w jednej z tutejszych restauracyi przed wyjazdem raczyła się na wieczerzy przekąskami, w których skład wchodziła wieprzowina. Nabrzmienie powiek, wysadzenie gałek, bolesność rozmaitych mięśni utrzymywały się wśród gorączki przez kilka tygodni, by skończyć się wyzdrowieniem. —

II. STRESZCZENIA.

Ctrbl. f. pr. Aghk. 1903. Z. 3. (Ref. Dr Gruder).

Do operacyjnego zabiegu przy odwinięciu powieki dolnej (Zur operativen Behandlung des Ectropium des Unterlides.). Dr L. Steiner w Surabaya (Java).

Ponieważ metoda Snellen'a przeciw *ectropium* nie zawsze wystarcza w ciężkich lub zastarzałych przypadkach, przeto autor zaleca swoją metodę, polegającą na wszyciu odwiniętej spojówki

do szpary, zrobionej w mięśniach dolnej powieki. W tym celu robi w załamku cięcie od prawej ku lewej stronie w spojówce, oddziela spojówkę dolnej powieki od podstawy aż do brzegu powieki, robi cięcie w powiece dolnej, wciąga oddzieloną spojówkę do zrobionej w powiece dolnej szpary i przyszywa spojówkę do powieki. Spojówkę gałki zeszywa zosobna. Ponieważ zabieg ten był zawikłany, robił następnie autor cięcie od skóry w ten sposób, iż przecinał powiekę od zewnętrznego kącika (ostrzenoża na dół zwrócone) popod spojówkę powieki aż do kącika wewnętrznego, poczem za pomocą szpatułki wpychał odwiniętą spojówkę do tej szpary i przymocowywał ją trzema szwami Snellen'a.

W trzech przypadkach, spostrzeganych przez 3, $3^1/_2$ i 7 miesięcy, wynik był doskonały, bez nawrotu.

Rzadkie zrośnięcie rogówki ze spojówką załamka górnego w przebiegu conjunctivitis gonorrhoica. Utrzymanie gałki i bystrości wzroku (Ueber eine seltene Verwachsung zwischen Cornea und Conjunctiva der oberen Uebergangsfalte im Verlaufe einer schweren Conjunctivitis gonorrhoica. Erhaltung des Bulbus und der Sehkraft.). Dr Loeser z Berlina.

Pacyent 36letni zachorował na conjunctivitis gonorrhoica lewego oka. W 17stym dniu choroby, gdy obrzmienie powiek i spojówki znacznie się zmniejszyło, spostrzeżono, że szeroki i gruby mostek spojówki silnie zrośnięty jest z wrzodem na rogówce od góry wewnątrz.

Po wyleczeniu śluzoropotoku mostek opisany pozostał niezmieniony i przy dokładnem zbadaniu przekonano się (po odwinięciu powieki górnej), że sięga on jednym końcem do załamka górnego, drugim zaś przyrośnięty jest do rogówki w górnowewnętrznym kwadrancie. Zrośnięcie było tylko na krańcach i można było swobodnie sondę założyć popod ten mostek i przesuwać ją od dołu do góry. Cała gałka nie okazywała żadnych objawów zapalnych. Chodziło więc o t. zw. *pseudopterygium*, przy różnych chorobach rogówkowych napotykane. Zwykle *pseudopterygium* powstaje w ten sposób, iż załamek spojówki gałki przyrasta do sąsiedniej i obwodowej części rogówki, tak, iż *limbus* pozostaje wolnym, a fałd ten tworzy tutaj niejako pomost, popod który sondę można przesunąć.

Przypadek autora różnił się w dwóch punktach od zwykłego *pseudopterygium:* 1. Początek fałdu utworzony był z załamka spojówki, zamiast z sąsiedniej spojówki gałki. 2. Fałd ten przyrośnięty był do środkowej części rogówki, zamiast, jak zwykle, do obwodowej części. Autor widzi przyczynę takiego przyrośnięcia spojówki w silnem obrzmieniu załamka spojówki, tak, iż fałd zwie-

szający się do rogówki przytykał i w ten sposób przyróść mógł do wrzodu na rogówce.

Fałd ten został w miejscu przyrośnięcia do rogówki przecięty, tak, że naprężony dotąd załamek spojówki mógł teraz wrócić w swe pierwotne położenie.

Zeszyt 4.

W jaki sposób powstaje ból przy światłowstręcie? (Wie entsteht der Schmerz bei Lichtscheu?) Dr J. Bjerrum z Kopenhagi.

Nagel utrzymuje, iż zwężenie źrenicy przy wpadaniu światła powoduje fizyologiczny ból. Przez zakraplanie homatropiny usuwał odruchowe zwężenie źrenicy przy wpadaniu światła i znalazł, iż w oku z homatropiną nie było bólu z powodu silnego światła (Blendungsschmerz). Charakterystycznego bólu nie było wcale.

Autor zaś jest zdania, iż zwężenie źrenicy nie odgrywa wielkiej roli przy powstaniu tego bólu i wątpi nawet, czy wogóle zwężenie to ma jaki wpływ w tym kierunku. Przeciwnie autor dochodzi do wniosku, iż ten ból powstaje przez odruch, idący od nerwu wzrokowego do czuciowych ośrodków oka i tegoż otoczenia.

Ośrodki te znajdują się z powodu chorobliwego stanu oka w stanie bolesności lub zwiększonej wrażliwości (Hyperästhesie). Podrażnienie nerwu wzrokowego za pomocą światła w prawidłowych warunkach nie sprawia żadnego bólu, przy chorobliwym zaś stanie oka wywołuje lub zwiększa istniejącą już bolesność. Autor przyjmuje więc istnienie połączenia nerwu ocznego z czuciowymi ośrodkami oka.

Zgadza się to zapatrywanie także z tą okolicznością, że przy bolesnym światłowstręcie kokaina, działająca korzystnie na stan zadrażnienia w ośrodkach czuciowych, zmniejsza ból o wiele więcej, aniżeli atropina, silnie źrenicę rozszerzająca i tem samem usuwająca rzekome, bolesne zwężenie źrenicy przy wpadaniu światła.

Przyczynek do patologii soczewki (Beitrag zur Pathologie der Linse.). Dr Stoewer z Witten (Kl. Monatsbl. f. Aghk. R. 1903. Z. II.).

I. *Wrodzone przemieszczenie soczewki* (Angeborene Linsendislokation.).

Przy wrodzonem przemieszczeniu soczewki rzadko udaje się poprawić upośledzoną bystrość wzroku za pomocą szkieł. Przyczyny szukać należy w skośnem ustawieniu soczewki, a po części także w upośledzonej wrażliwości siatkówki.

Ze sposobów operacyjnych, służących do poprawy wzroku, najczęściej używane są: dyscyzya i irydektomia. Irydektomię wykonuje się jedynie wtedy, jeżeli przed operacyą po rozszerzeniu źrenicy za pomocą szpary stenopeicznej i odpowiednich szkieł można uzyskać dostateczną poprawę bystrości wzroku. Próby te jednak nie zawsze się udają, zwłaszcza, jeżeli się ma do czynienia z małemi dziećmi, i dlatego radzi autor z położenia soczewki przy rozszerzonej źrenicy rozstrzygnąć, który zabieg operacyjny wybrać należy.

Przy dyscyzyi trudno jest wyrwać większy kawałek torebki, bo soczewka wskutek słabego umocowania usuwa się ku tyłowi i łatwo ją można wepchnąć do ciała szklistego.

Autor w 2 przypadkach zdecydował się na irydektomię i miał następujące wyniki:

1 przypadek: U 6letniej dziewczynki po rozszerzeniu źrenic zauważył autor, że soczewki były na obydwóch oczach przesunięte ku skroni, a równocześnie krawędzie nosowe zbaczały nieco ku tyłowi i były o 4 mm od brzegu rogówki oddalone.

Bystrość wzroku wynosiła przy wąskiej źrenicy $^{6}/_{60}$ bez szkieł, a $^{4}/_{35}$ z — 12 D. Po rozszerzeniu źrenicy atropiną wynosiła bystrość wzroku $^{4}/_{35}$ z + 13 D.

Po irydektomii na lewem oku poprawia się bystrość wzroku na $^{4}/_{20}$ + 11 D, a po 4 latach $^{4}/_{10}$ + 10 D, zwyczajny druk czytała na 20—25 cm z + 15 D.

2 przypadek: Chłopak 6letni okazuje następujące objawy: Obuocznie drganie tęczówki, na lewem oku źrenica ku górze zewnątrz, a soczewka ku dołowi wewnątrz przesunięta. Przy rozszerzonej źrenicy widać górną skroniową krawędź soczewki o 4 mm od brzegu rogówki oddaloną i zbaczającą znacznie ku tyłowi.

P. o. Przemieszczenie źrenicy ku dołowi wewnątrz, a soczewki ku górze, a równocześnie zbacza ku tyłowi. Bystrość obuoczna $^{6}/_{60}$, szkła nie poprawiają. Refrakcya wynosi w miejscach bez soczewki: L. o. Hp 15 D. P. o. Hp 18 D.

Podczas irydektomii na prawem oku przy wyprowadzaniu tęczówki szczypczykami usuwa się ona ku tyłowi, więc musiano ją wyprowadzić na haczyku, przyczem wypadło ciało szkliste. Po wygojeniu: V pr. o. = $^{4}/_{25}$ + 15 D.

W końcu zwraca autor uwagę na korektopię w przypadkach wrodzonego przemieszczenia soczewki, polegającą na odwróceniu brzegu źrenicznego tęczówki ku tyłowi wskutek tętniczki przebiegającej z przedniej powierzchni tęczówki dokoła brzegu źrenicznego do ciała szklistego. W tym 2 przypadku przemawiają za korektopią na lewem oku przesunięcie źrenicy ku górze zewnątrz i brak brzegu

barwikowego. Na prawem oku przed operacyą na ten szczegół nie zważano i dlatego nie udało się wyprowadzić tęczówki szczypczykami, a przy wyprowadzeniu na haczyku wypłynęło ciało szkliste; dlatego radzi autor w takich przypadkach wykonywać dyscyzyę.

II. *Tylny stożek soczewki* (Lenticonus posterior.).

Do autora zgłosił się mężczyzna 23letni z powodu *hyphaema* i zdarcia powierzchownych warstw rogówki prawego oka po uderzeniu. Przy badaniu lewego oka wziernikiem zauważył autor w środku źrenicy czarny 1 mm gruby pierścień. Tarcza tym pierścieniem opasana miała do 2·5 mm średnicy i była zupełnie przezroczystą. Przy ruchach oka posuwał się pierścień w odwrotnym kierunku, przyczem tracił część z obwodu odpowiadającą kierunkowi poruszania. Na soczewce i w ciele szklistem żadnego zmętnienia nie znaleziono. W odwrotnym obrazie występywało dno oka rozmaicie, zależnie od tego, czy badano przez środek czy przez obwód soczewki. W środku widziano tylko małą ostro ograniczoną przestrzeń dna oka, obwodowo widziano dno oka jak w zwykłych warunkach. Przy porównywaniu tarczy w obydwóch przypadkach okazywała się w środkowym obrazie o połowę mniejszą od obwodowego obrazu. Refrakcya obwodowa wynosiła — 8 D, a w środku nie dała się dokładnie oznaczyć i wynosiła około — 25 D. $V =$ palce na 0·5 m. Szkła nie poprawiają. Po irydektomii liczy palce na 2 m.

III. *Przemijające przesuwanie się soczewki i tęczówki ku tyłowi* (Vorübergehendes Zurückweichen der Linse und Iris nach hinten).

Do autora zgłosił się 54letni robotnik po uszkodzeniu oka prawego prętem żelaznym. Stan oka nazajutrz po wypadku był następujący: Powieki lekko obrzmiałe i podbiegnięte krwawo, spojówki nastrzyknięte, rogówka zmętniona, źrenica miernie rozszerzona na światło nie oddziaływa. Ciało szkliste z powodu krwotoku wewnętrznego nieprzezroczyste. $V = \frac{1}{\infty}$.

Po kilkunastu dniach leczenia wzrok o tyle się poprawił, że chory liczył palce na 1 m. W miesiąc po wypadku opuścił chory szpital, a badanie wziernikowe wykazało pływające zmętnienia w ciele szklistem, a na dnie oka na zewnątrz od tarczy dołem przedarcie naczyniówki.

Po 8 miesiącach zgłosił się powtórnie do autora, który wtedy znalazł słabe nastrzyknięcie, przednią komorę nadzwyczaj głęboką około (5·5 mm), źrenicę szeroką. Tęczówka drga na całej powierzchni, soczewka znajduje się za tęczówką, a przednia kora okazuje lekkie zmętnienia.

T — 3. $V = \frac{1}{\infty}$. Ciało szkliste nieprzezroczyste.

Po kilku dniach przednia komora stała się płytsza i była 2·5 mm głęboka, źrenica średnio szeroka, T — 1.

Po pięciu latach zgłosił się po raz trzeci do autora z bólami w prawem oku, które było miernie nastrzyknięte, a równocześnie znaleziono *seclusio* i *occlusio pupillae*. *V* = 0. T — 1, wskutek czego wyjęto oko.

Badanie mikroskopowe wykazało w przedniej komorze resztki krwi, tęczówka okazuje obraz przewlekłego zapalenia z częściowym zanikiem, soczewka zaćmiona, ciało rzęskowe oderwane od twardówki, a przestrzeń między ciałem rzęskowem a twardówką wypełnia skrzepła wypocina.

W ciele szklistem i w naczyniówce znajduje się również naciek okrągłokomórkowy. Zwyrodniała siatkówka całkowicie oderwana, oprócz miejsca odpowiadającego pęknięciu naczyniówki, z którą w tem miejscu jest silnie zrośnięta.

W przestrzeni między siatkówką, ciałkiem rzęskowem a soczewką znajduje się, zamiast tkanki ciała szklistego, skrzepła wypocina z nieznacznemi resztkami krwi.

Wobec tych zmian można przypuszczać, że kurczące się sznury ciała szklistego względnie ciała rzęskowego pociągnęły cały system soczewkowy ku tyłowi, podczas, gdy silne obniżenie napięcia gałki tylko niestosunkiem wśródgałkowego krążenia, względnie wydzielania da się wytłómaczyć. — *Dr Piotr Geisler.*

Współczulne zapalenie oka. Prof. Emil Grósz z Budapesztu (Ungar. med. Presse, 1903. Nr 6.).

Zarówno przyczyna cierpienia, jak i sposób przenoszenia się sprawy chorobowej są dotychczas nieznane. Na podstawie 60ciu klinicznie spostrzeganych przypadków roztrząsa Grósz pytanie: jakie zmiany chorobowe powodują współczulne zapalenie oka? Operacye są o wiele częściej źródłem choroby, niż się to powszechnie przyjmuje. Oczy zanikowe stają się w regule niebezpiecznemi tylko po nowym urazie. W przeciągu 2ch tygodni nie przenosi się choroba na drugie oko, a po upływie pół roku daje w regule nowe zranienie, operacya powód do wybuchu, ale i po wielu dziesiątkach lat może choroba wybuchnąć. Rokowanie jest, pomijając przypadki, występujące po wyłuszczeniu gałki, bardzo niepomyślnem. Dowodzą tego także spostrzeżenia autora, uważane z początku za wyleczone, w których po 10letniem spostrzeganiu następowała utrata wzroku. Widział jednak także trwałe wyleczenie. Ani teoryi Leber-Deutschmanna, ani działania odruchowego nerwów rzęskowych, ani hypotezy Schmidt-Rimplera nie należy przyjąć, lecz zapalenie, powstałe w jednem oku, na drodze ektogenicznej, przechodzi wzdłuż nerwów

do ośrodkowego układu nerwowego, a stąd na drugie oko. Tym sposobem można sobie wytłómaczyć podobieństwo zmian anatomicznych i klinicznych w obu oczach, wartość zapobiegawczego wyłuszczenia gałki, wątpliwy skutek *neurektomiae optico-ciliaris* i zapalenie, często po wyłuszczeniu gałki się wywiązujące, a wreszcie fakt, dlaczego w przeważającej liczbie przypadków cierpienie występuje jako *iridocyclitis*, a rzadziej jako *papilloretinitis*. *J. Baschkopf.*

Przyczynek do różniczkowego rozpoznania wągra ocznego (Beitrag zur Differentialdiagnose des Cysticercus intraocularis.). Dr Süsskind z Bytomia na Śląsku (Kl. Monatsbl. f. Aghk. R. 1903. Z. II.).

Do autora zgłosiła się 9letnia dziewczynka z powodu utraty wzroku na prawem oku wśród objawów zapalnych. Wywiady wykazały, że rodzice pomarli na gruźlicę, a rodzeństwo wymarło na krzywicę i zołzy. Chora oprócz krzywicy żadnych innych chorób nie przebyła. Przed dwoma miesiącami wśród objawów zapalnych straciła wzrok, a badanie wykazało na prawem oku nastrzyknięcie rzęskowe, rogówka matowo zmętniona; tęczówka bez zrostów, źrenica dobrze po atropinie się rozszerza, komora przednia prawidłowej głębokości. W ciele szklistem liczne zwisające błony łatwo poruszalne, na dnie oka nic widzieć nie można. Napięcie gałki obniżone, $V =$ ruchy ręki przed okiem. Lewe oko bez zmian.

Ze względu na wywiady przypuszczano gruźlicę i w celu wyjaśnienia ciała szklistego wstrzykiwano pod spojówkę 4% rozczyn soli, a wewnętrznie podawano jod i wbrew oczekiwaniu uzyskano wkrótce znaczne polepszenie, bo rogówka się oczyściła, a ciało szkliste do tego stopnia stało się przezroczystem, że można było zobaczyć ku dołowi wewnątrz pod siatkówką pęcherz, a nieco później i głowę wągra. W kilka tygodni później usunięto operacyjnie pęcherz z wągrem, a przy wypuszczeniu chorej z kliniki było ciało szkliste zupełnie czyste, a wzrok tylko o tyle się poprawił, że liczyła palce na 2 m. Szczególniejszem zjawiskiem w tym przypadku jest to, że ciało szkliste po 6 wstrzyknięciach rozczynu soli wyjaśniło się, podczas, gdy błony dopiero po operacyi powoli zniknęły. —

Dr Piotr Geisler.

Oznaczanie refrakcyi za pomocą metody Scheinera. Ametropometr Dra Le Méhauté (Mesure de la réfraction par la méthode de Scheiner. Amétropomètre de M. le Dr Le Méhauté.). Camille Fromaget z Bordeaux (Ann. d'Oc. 1903. T. CXXIX. Z. 3.).

Znanem jest powszechnie doświadczenie Scheinera. Przytaczają je fizyologowie i okuliści jako dowód istnienia akomodacyi.

Doświadczenie to jednak można zastosować nie tylko do dynamicznego stanu refrakcyi, ale także i do wykazania refrakcyi statycznej. We wzierniku ocznym, posiadającym tarcz zaopatrzoną w całą skalę soczewek wypukłych i wklęsłych — zastąpił Le Méhauté zwierciadełko czarną płytką, która posiada w środku dwa małe otworki. Odstęp tych otworków nie powinien być większy od szerokości średnio rozwartej źrenicy. Oko miarowe, patrząc przez te dwie dziurki na przedmiot odległy (autor poleca oświetloną szparę w czarnej zasłonie — postaci długiego prostokąta) — widzi ten przedmiot pojedynczo. W razie ametropii występuje jednooczne dwuwidzenie. Dla lepszego uwydatnienia zdwojonych obrazków jeden z otworków ametropometru zasłania szkiełko czerwone, a drugi szkiełko zielone. Jeśli dwuwidzenie jest równoimienne, mamy do czynienia z myopią, jeśli zaś obrazki są skrzyżowane, — oko jest nadmiarowe. Wystarczy tak długo obracać tarczę wziernika ze soczewkami, dopóki się obrazki nie zjednoczą. Szkło, znajdujące się w tej chwili przed źrenicą oka, wskazuje rodzaj i stopień wady refrakcyi. Fromaget obmyślił dla tego optometru odpowiednią oprawę, zapewniającą ustawienie *obydwóch* dziurek przed źrenicą badanego oka. Jest to metoda ściśle podmiotowa, przy której nie należy zapominać o wpływie akomodacyi — i która pomija zupełnie oznaczenie bystrości wzroku. — *K. W. Majewski.*

Przypadek pleśniowego zakażenia ciała szklistego (Ueber eine Schimmelpilzinfektion des Glaskörpers). Dr Kamphers tein. (Kl. Monatsbl. f. Aghk., 1903. Z. II).

Autor miał sposobność badać drobnowidowo gałkę oczną 13-letniego dziewczęcia, oślepłą i wyjętą z powodu bolesności. Rodzice chorej przypisywali chorobę tego oka ukąszeniu owada, ale badanie anatomiczne wskazywało na skaleczenie, względnie ukłucie tak głębokie, że blizna, w postaci zbitych pasm łącznotkankowych, dochodziła aż do naczyniówki u tylnego bieguna gałki. Rogówka była prawidłową, bo miejsce wkłucia znajdowało się po jej wewnętrznej stronie w twardówce, w pobliżu rąbka. Źrenica zarośnięta, soczewka zaćmiona, siatkówka odczepiona i nawet od nerwu wzrokowego oderwana, widocznie skutkiem silnego kurczenia się bliznowatych postronków w ciele szklistem. W samym środku ciała szklistego znalazł autor duży ropień, a w nim wielką ilość niteczek pleśni, tworzących delikatną siatkę. Niteczki te prawie jednostajnej grubości, na wolnych końcach tylko okazywały maczugowate zgrubienia i dzieliły się we wielu miejscach dichotomicznie. Ponieważ gałkę oczną zaraz po enukleacyi włożono do formaliny, więc nie można było za pomocą hodowli określić napewne, jaki to był rodzaj pleśni. Z dru-

giej strony ostrożność ta i pośpiech pozwoliły wykluczyć »pośmiertne« wniknięcie i rozrośnięcie się grzybków. Od r. 1879, kiedy Leber opisał pierwszy przypadek *keratomykosis,* ogłoszono 13 przypadków zakażenia oka pleśniami i to przeważnie zakażenia rogówki, a tylko w 3 przypadkach ciała szklistego. Przypadek autora jest czwartym. Prawie zawsze znajdywano *aspergillus fumigatus,* tylko w przypadku prof. Wicherkiewicza keratomykoza była wywołaną przez *penicillium glaucum.* W przypadku, opisanym przez autora, wejrzenie drobnowidowe *mycelium,* przemawia również najwięcej za *penicillium glaucum,* w którego ropotwórcze własności niektórzy autorowie dotąd jeszcze nie wierzą. *K. W. Majewski.*

Zmiany na dnie oka przy promienicy rozsianej (prosówkowej) (Ueber Veraenderungen im Augenhintergrunde bei miliarer Aktinomykose.). Doc. Dr Leopold Müller z Wiednia (Kl. Monatsbl. f. Aghk. 1903. Z. 3.).

Promienica przedstawia wiele znamion wspólnych z gruźlicą, a podobieństwo tych dwóch spraw chorobowych najbardziej uderza, gdy zostaną one drogą krwiobiegu rozniesione po całym ustroju i rozsiane po najrozmaitszych narządach wewnętrznych. Rozpoznanie promienicy prosówkowej bywa bardzo trudne, zwłaszcza, jeśli pierwotne ognisko jest ukryte i niedostępne dla bezpośredniego badania. Ogólny obraz kliniczny jest wtedy zupełnie podobny do obrazu gruźlicy prosówkowej, którą też, jako zdarzającą się nieporównanie częściej od rozsianej promienicy, zazwyczaj się w takich razach rozpoznaje. Tak też się stało w przypadku, który opisuje Müller w wymienionej pracy. U pewnego 22letniego parobka, który zmarł w wiedeńskiej klinice prof. Neussera, utrzymywało się, mimo długiego czasu spostrzegania i mimo badania bardzo dokładnego, rozpoznanie gruźlicy prosówkowej, gdy tymczasem badanie pośmiertne wykazało: ropień promieniczy podśluzowy w jelicie ślepem, przerzutowy ropień promieniczy w prawym płacie wątrobowym i liczne prosówkowe ogniska promienicze w obydwu płucach oraz na opłucnej po stronie prawej. Autor stwierdził u tego chorego za życia zmiany wziernikowe w obydwu oczach. U prawego oka w pobliżu tarczy nerwu wzrokowego znajdował się w naczyniówce pod górnowewnętrzną żyłą siatkówki żółtawobiały guzek ($^1/_4$ średn. tarczy). Prócz tego widać było 4 podobne, ale znacznie mniejsze guzki w prawem oku, a 3 w lewem. Guzki te autor uważał też za gruzełki, dopiero wobec wyniku sekcyi musiał je przyjąć jako zmiany promienicze. Badanie drobnowidowe wyjętych po śmierci gałek wykazało, że guzki opisane leżały jednak w siatkówce samej, a nie w naczyniówce i były nagromadzeniem dużych jednojądrowych ko-

mórek epiteloidalnych, o trudno barwiącem się jądrze. Drobnoustrojów w guzkach tych nie wykazano żadnych, — w innych ogniskach jednak znalezionych w ustroju stwierdzono niewątpliwie grzybek promieniczy. — *K. W. Majewski.*

Przyczynki kliniczne do znajomości skurczów mięśnia rzęskowego (Klinische Beiträge zur Kenntniss der Ciliarmuskelkontraktionen). Prof. Pflüger z Berna (Klin. Monatsbl. f. Aghk. 1903. Nr IV.).

Prof. Pflüger miał sposobność w ostatnich czasach w swej praktyce prywatnej spostrzegać z całą ścisłością dwa przypadki, stwierdzające niewątpliwie istnienie częściowych skurczów mięśnia rzęskowego, służących do wyrównania (skompensowania) niezborności rogówki przez dynamiczny astygmatyzm soczewki. Spostrzeżenia te są tem cenniejsze, że teoretycy zaczynają już obecnie podawać w wątpliwość możliwość takich skurczów. W pierwszym przypadku chodziło o typowe porażenie akomodacyi (i podniebienia miękkiego) po błonicy u 12letniej dziewczynki. U prawego oka można było zarówno przedmiotowo jak i podmiotowo wykazać: Hp. $1,_0$ D ⌓ As. hp. 0,25 D cyl 0⁰. Po ustąpieniu porażenia akomodacyi astygmometr wykazywał nadal tę samą niezborność rogówki, ale skiaskopią nie można już było jej stwierdzić, ani też chora szkła walcowatego więcej nie przyjmowała. Widocznie zatem mięsień rzęskowy popadł znowu w częściowy skurcz wyrównawczy. — W drugim przypadku pewien 36letni chory po przebyciu grypy zauważył pogorszenie wzroku na oku prawem (oko lewe miał o wiele słabsze od urodzenia). Badanie astygmometrem wykazało zupełny brak niezborności rogówkowej, natomiast zarówno skiaskopia jak i badanie podmiotowe za pomocą doboru szkieł wykazywało: Mp. 2·5 D ⌓ cyl —2,25 D 0 czyli *As. mp. comp. inversus.* Równocześnie wziernikiem stwierdził autor przekrwienie i obrzmienie tarczy nerwu wzrokowego. Zalecił: *mydriaticum,* aspirynę, poty i ciemny pokój. Po dwóch dniach tak przedmiotowe, jak podmiotowe badanie wykazywało dokładną emmetropię i pełną bystrość wzroku. Był to więc znowu skurcz akomodacyi nierównomierny, wywołujący znaczną, bo 2,25 D wynoszącą niezborność soczewkową. — *K. W. Majewski.*

Obustronna ophthalmoplegia interna na tle kiły dziedzicznej (Doppelseitige Ophthalmoplegia interna bei einem Hereditär-Syphilitischen.). Dr G. E. Cruchandeau (Ophth. Klin. 1903. Nr. 6).

Autor miał sposobność badać 10letniego chłopca, okazującego zupełne obustronne porażenie zwieracza źrenicy i akomodacyi. Ślady

przebytej *keratitis parenchymatosa* na prawem oku i pozostałości po zapaleniu tęczówki na oku lewem, wreszcie zęby Hutchinson'a, a u matki dziecka dwa poronienia — przemawiały w wysokim stopniu za kiłą dziedziczną. Rozszerzenie źrenic miało się już od 4 lat utrzymywać. Autor zastosował leczenie rtęciowe (wstrzykiwania wodnego roztworu będźwinianu rtęciowego, *hydrargyrum benzoicum*, 3 razy tygodniowo po 0,02 g.). Już po 6ciu wstrzyknięciach powróciła reakcya źrenic, a po 24 wstrzyknięciach chory mógł czytać najdrobniejszy druk przez + 1,5 D, gdy przed rozpoczęciem leczenia potrzebował obustronnie + $4,_0$ D.

Przypadek ten zasługuje na uwagę, ponieważ *ophthalmoplegia interna* na tle kiły dziedzicznej należy do zjawisk bardzo wyjątkowych. — *K. W. Majewski.*

Wycięcie szyjowego splotu współczulnego przy chorobie Basedowa ze zejściem śmiertelnem (Resection des Halssympathicus bei Basedow'scher Krankheit mit rasch nachfolgendem Tode.). Deshusses (Ophth. Klin. 1903, Nr 4.).

Autor opisuje następujące spostrzeżenie: Pewna 40letnia kobieta, dziedzicznie nie obciążona, zgłosiła się do szpitala w Lille z wybitnymi objawami choroby Basedowa. Przebyła ona dziesięć porodów, z których 8 ostatnich przedwczesnych, ostatni zaś przed 10ciu laty, bardzo ciężki. Od czasu tego ostatniego porodu zaczął się powoli powiększać gruczoł tarczykowy, potem wystąpił trzeszcz gałek ocznych, a wreszcie i napady bicia serca. W dniu przyjęcia tętno było słabe, nieregularne, 130—160 uderzeń na minutę. W sercu szmery anemiczne. Gruczoł tarczykowy, rozmiarów pięści, twardy. Trzeszcz wybitny. Brak objawu Graefego. Brak niedomogi mięśni prostych wewnętrznych. Wzrok, akomodacya, zachowanie się źrenic — prawidłowe. Żadnego drżenia członków. Na dolnych kończynach obrzęk. Mocz bez zmian. Chora apatyczna i osłabiona.

Prof. Duret, ze względu na ciężki stan chorej, wykonał resekcyę górnego i średniego zwoju na szyi oraz wyciął splot współczulny, łączący te dwa zwoje. Operacya miała przebieg zupełnie prawidłowy. Chora wnet ocknęła się z uśpienia, ale w 2 godziny po operacyi popadła w wielki niepokój, dostała napadów duszności, tętno 160, oddech przyspieszony. Podano kofeinę z digitaliną, mimo tego jednak liczba tętna jeszcze bardziej wzrosła i chora tego samego dnia wieczorem umarła.

Tak rychłego zejścia śmiertelnego po sympatektomii dotąd nie ogłoszono w literaturze. Za najprawdopodobniejszą przyczynę tego wyjątkowo nieszczęśliwego przebiegu przyjmuje autor odruchowe podrażnienie nerwu współczulnego po drugiej stronie, podobnie, jak

i przy przecięciu jednego nerwu błędnego występujące w pierwszej chwili zwolnienie czynności serca tłómaczymy odruchowem podrażnieniem drugiego nerwu błędnego. — *K. W. Majewski.*

Przypadek żelezicy gałki (Kasuistischer Beitrag zur Siderosis bulbi.). Dr S. Neuburger z Norymbergi (Kl. Monatsbl. f. Aghk. 1903. Z. IV.).

Do autora zgłosił się 18letni ślusarz z powodu utraty wzroku prawego oka. Rzecz szczególna, że chory nie przypominał sobie żadnego urazu, ani skaleczenia i nie miał w tem oku nigdy żadnego bólu, gdy gałka oczna zupełnie oślepła okazywała otwór w tęczówce górą 1—1,5 mm średnicy (rana zewnętrzna, zapewne twardówkowa, nie pozostawiła widocznej blizny) i wybitny stopień żelezicy. Barwa tęczówki brunatnożółta, — rdzawa, stanowi jaskrawe przeciwieństwo z niebieską tęczówką oka lewego. Źrenica miernie wąska i nieruchoma przysłonięta była błonką pokrytą również rdzawymi złogami. Z dna oka przez zaćmioną soczewkę nie można było wydobyć żadnego odblasku. Badanie sideroskopem wykonane dwukrotnie dało raz bardzo słabe, niepewne wychylenie, drugim zaś razem wynik zupełnie ujemny. Toż samo prześwietlanie promieniami Roentgena nie wykazało obecności żelaza w oku. Mimo tego autor ze względu na wybitną syderozę i na wielkie prawdopodobieństwo skaleczenia oka odpryskiem żelaza u ślusarza, któremu już dwa razy wyjmowano opiłki żelazne z rogówki oka lewego, przyjmuje istnienie małego w znacznej części utlenionego kawałeczka stali, tak otorbionego, że nie wywołuje najmniejszych śladów podrażnienia. Ze względu na tę ostatnią okoliczność uważa autor wszelkie próby wydobycia ciała obcego elektromagnesem nie tylko za zbyteczne, ale wprost za przeciwwskazane. — *K. W. Majewski.*

Nowy sposób tenotomii częściowej (Eine graduelle plastische Tenotomie). Fr. H. Verhoeff z Bostonu (Kl. Monatsbl. f. Aghk. 1903. Nr IV.).

W przypadkach heteroforyi, nie przekraczającej 10^0, lub w razie, jeżeli po antepozycyi, wykonanej na oku zezującem, pozostaje jeszcze nieznaczny stopień zeza, — poleca autor częściową tenotomię, którą się wykonywa w następujący sposób:

Po nacięciu spojówki odsłania się ścięgno mięśnia, jak zwykle. Teraz w odległości 5 mm od przyczepu nacina się ścięgno od góry i od dołu prostopadle do jego długości tak, żeby między końcami obu cięć pozostał mostek obejmujący $^1/_3$ szerokości ścięgna. Następnie robi się jeszcze jedno cięcie, bliżej przyczepu, również prostopadłe do przebiegu włókien, ale zajmujące tylko środkową część szerokości ścięgna. Nareszcie podcina się jeszcze sam przyczep z góry

i z dołu. Brzegi wszystkich tych nacięć natychmiast się rozstępują i przedni koniec nadwątlonego w ten sposób ścięgna miernie się wydłuża. Najsilniejszy skutek, jaki autor uzyskał za pomocą takiej częściowej tenotomii, wynosił 10^0, co właśnie w przypadkach na wstępie wymienionych jest rzeczą pożądaną. — *K. W. Majewski.*

Leczenie pooperacyjne bez opaski. Zamknięcie powiek za pomocą tymczasowego zeszycia (Du traitement post-opératoire à ciel ouvert, spécialement après l'extraction de la cataracte, et de l'occlusion des paupières au moyen de la suture dite »à pied de petit oiseau«.). Prof. Tornatola z Messyny (Rév. gén. d'Opht. 1903. Z. III.).

Korzyści, przypisywane przez wybitnych współczesnych klinicystów leczeniu pooperacyjnemu zaćmy bez wszelkiej opaski, autor zestawia w następujących kilku punktach:

1. Dzięki swobodnym ruchom powiek łzy opłukują gojącą się ranę, oraz nie przychodzi do zatrzymania i zbytniego nagromadzenia się wydzieliny spojówkowej.

2. Unika się podwyższenia ciepłoty (bez opaski: $35,5^0$ C, pod opaską: $37,5^0$ C).

3. Można z łatwością oko operowane kilka razy dziennie oczyścić.

4. Oszczędza się choremu moralnego przygnębienia, jakie czasem powoduje obuoczna opaska.

5. Unika się szkodliwego ucisku, jaki może wywrzeć opatrunek, gdy ulegnie przesunięciu.

Streszczając w ten sposób zapatrywania zwolenników otwartego leczenia pooperacyjnego, zajmuje jednak Tornatola wobec nich stanowisko sceptyczne, twierdząc, że wszystkie wymienione korzyści nie mogą przeważyć stron ujemnych postępowania, które kryje w sobie wiele niebezpieczeństw dla operowanego oka. W wyjątkowych tylko razach, gdy operowany jest podnieconym, alkoholikiem, umysłowo chorym lub dla innych przyczyn żadnej opaski nie znosi — trzeba się poddać konieczności, Ale w tych przypadkach dla zabezpieczenia oka chorego radzi autor zamknąć powieki za pomocą dwóch tymczasowo założonych nitek, które na szklanych nanizanych na nie perełkach wiąże na sposób kokardek tak, aby je można było każdej chwili rozwiązać i swobodnie do oka zaglądnąć. — *K. W. Majewski.*

Uwagi nad wartością octanu srebrowego (argentum aceticum) w zapobieganiu śluzoropotokowi noworodków. Dr Elemer Scipiades (Z IIgiej kliniki ginekologicznej prof. W. Tauffera w Budapeszcie.) (Orvosi helitap-Gynaecologia, 1902. Nr 3).

Na podstawie doświadczeń klinicznych twierdzi Scipiades,

iż 1%owy rozczyn octanu srebrowego może w zupełności zastąpić zakraplanie 2%owego rozczynu saletrzanu srebra według Credé'go w zapobieganiu śluzoropotokowi spojówek u noworodków. Po zastosowaniu tego leku jest wydzielina oczna stosunkowo nieznaczna, a wydzielinę można wogóle o wiele rzadziej spostrzegać, niż po innych zwykle używanych lekach. Zobojętnianie rozczynem soli kuchennej nie jest tu wskazane, gdyż zmniejsza działanie tego środka. —

J. Baschkopf.

III. NOWE KSIĄŻKI.

Doc. Dr Chalupecký J.: *Oční lékařství Praha Hejda v. Tuček.* Cena 7 koron.

W Czechach pracuje się obecnie z niesłychaną energią nad stworzeniem podręczników lekarskich. W krótkim czasie zjawiły się podręczniki medycyny wewnętrznej, patologii ogólnej i szczegółowej, embryologii, bakteryologii, medycyny sądowej, kilka tomów anatomii i chirurgii, a przed niedawnym czasem zarys okulistyki.

Jeden z byłych asystentów niedawno zmarłego prof. Schöbla jest autorem tego dzieła, które uchodzić może za czeską pracę zawodową i bardzo goraco zostało przyjęte.

Książka zawiera z początku kilka krótkich ustępów o embryologii i anatomii oka, następnie nieco więcej wyczerpujący opis metod badania. W dalszym ciągu jasno podany opis chorobowych zboczeń poszczególnych części oka, jak i ogólnych schorzeń narządu wzrokowego, krótko i zwięźle przedstawiony szereg najrozmaitszych operacyi na oku, jakoteż metod leczenia.

Książka jest treściwie napisana, podział praktycznie przeprowadzony, bez osławionych kalectw językowych.

W wielu punktach przypomina znane i wysoce interesujące wykłady zmarłego czeskiego profesora Dra Schöbla, co książce, naturalnie, nie szkodzi, przeciwnie na korzyść podręcznika wyszło.

Zarys okulistyczny doc. Chalupeckiego zaopatrzony w liczne zupełnie nowe ryciny, bardzo poprawnie wykonane, zawiera 378 stronic in octavo. *X.*

IV. ROZMAITOŚCI.

Zmarły w listopadzie z. r. Dr Nataniel Feuer, profesor okulistyki wszechnicy peszteńskiej, dobrze zasłużył się swej ojczyźnie w walce, podjętej celem stłumienia jaglicy, która jest prawdziwą

plagą państwa węgierskiego. Praca jego w tym kierunku zwróciła na niego uwagę rządu, który dla niego utworzył posadę krajowego inspektora sanitarnego do zwalczania jaglicy i powierzył mu kierownictwo oddziału dla jaglicą dotkniętych w peszteńskim szpitalu św. Szczepana.

Zarządzenia administracyjne, jakie Feuer wydał przeciw rozszerzaniu się jaglicy w Węgrzech, oddały dobre usługi tak, iż nawet w Niemczech podjęto walkę przeciw tej chorobie oczu głównie według jego zasad. Co się tyczy leczenia, to zawdzięcza postępowanie według Keining'a [1]) (wycieranie spojówek sublimatem) swoje rozpowszechnienie w wielkiej części Feuer'owi. Ciekawą jest także jego praca z dziedziny patologii doświadczalnej: *„keratitis xerotica"* [2]). Przez przymocowanie pokrywki drucianej przed okiem udało mu się zapobiedz występowaniu zachorzenia rogówki. Dostarczył on dowodu, iż teorya urazowa sama przez się nie jest słuszną. Jeżeli po przecięciu nerwu trójdzielnego skaleczy się w dowolny sposób rogówkę popod przyszytą pokrywką drucianą, to oddziaływa na to obrażenie rogówka podobnie, jak przedtem, to znaczy występują tylko zwykłe zaćmienia rogówki; wpływ więc przyszytej pokrywki nie może polegać na powstrzymywaniu urazów. F. wnioskuje, iż pokrywka zapobiega tylko wysychaniu rogówki. Ponieważ w oku po porażeniu nerwu trójdzielnego nie występuje już odruchowe mruganie, wytwarza się w obnażonej części rogówki zmiana chorobowa, kończąca się wyłącznie ogniskiem nekrotycznem. F. nie uznaje więc »keratitis neuroparalytica«, a zmianę rogówki nazywa »keratitis xerotica«. Jest ona identyczną z zapaleniem rogówki u chorych śpiączkowych, nie mrużących już powiekami lub gdy zamykanie powiek niemożebnem, n. p. wskutek porażenia nerwu twarzowego (keratitis e lagophthalmo, teorya kserotyczna). *J. Baschkopf.*

Tow. oftalmologiczne utworzyło się we Wiedniu. Przewodniczącym wybrany prof. Schnabel, zastępcą doc. Salzmann.

Sociedad oftalmologia hispano-americana utworzyła się w Madrycie za inicyatywą zasłużonego i sympatycznego dr. Menacho.

---

[1]) Poleciłem pierwszy na kongresie lek. międzyn. w Kopenhadze r. 1884. *W.*

[2]) Keratitis występująca w przebiegu porażenia nerwu trójdzielnego ma odrębne znamiona od tego, co zowiemy ściśle keratitis xerotica. Zresztą odgrywają przy niej często ważną rolę włókna troficzne. Cenne skądinąd doświadczenia Feuera bynajmniej nie wyjaśniły etiologii kerat. paralit. *W.*